Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Abteilung Gesundheit und Soziales

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2019 / Nr. 1

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Januar 2019 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2019
- Zusatz zum medizinischen Kodierungshandbuch, Version 2019 : Kodierrichtlinien für die Rehabilitation
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2019 / Nr. 1
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) : Systematisches Verzeichnis - Version 2019
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis : Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme : 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter www.bfs.admin.ch:
Bundesamt für Statistik → Statistiken finden → Gesundheit → Medizinische Kodierung und Klassifikationen → Instrumente zur medizinischen Kodierung → Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung je Jahr.

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie wird jährlich erhoben. Die obengenannten Kodierungsinstrumente gelten für die Kodierung aller stationärer Aufenthalte in Spitäler und Kliniken der Schweiz (einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken, sowie Geburtshäuser).

Die gesetzlichen Grundlagen sind:
Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BStatG) und
Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)

1.1.1 Referenzversionen

Für die Klassifikationen und das Kodierungshandbuch sind bei Unterschieden die Originalversionen (deutschsprachige Versionen) massgebend.

1.1.2 Rundschreiben und Anhang

Das Rundschreiben enthält Grundlagen und Zusatzinformationen (inkl. Korrekturen) zum Kodierungshandbuch und zu den Klassifikationen. Der Anhang des Rundschreibens enthält Informationen und Präzisierungen. Diese Dokumente sind offizielle Informationen des BFS und müssen für weitere Kodierungen berücksichtigt werden.
Die Publikationszeitpunkte der Rundschreiben und deren Anhang sind:

- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2019 / Nr. 1 (Publikation Ende Dezember 2018): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2019

- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2019 / Nr. 2 (Publikation Ende Juni 2019): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2019.

1.2. Anfragen zur Kodierung

1.2.1. Vorgehen

Es werden nur Kodierungsanfragen behandelt, welche in der Beilage **alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form** (Austrittsbericht, Operationsbericht, Kodierung) enthalten; sie sind an CodeInfo@bfs.admin.ch zu senden.

Kodierungsunstimmigkeiten und Revisionsfälle sind **mit vollständiger und anonymisierter Patientendokumentation, Argumentation und Kodierung beider Parteien** an CodeInfo@bfs.admin.ch zu senden (**mit Kopie** an die andere Partei).

Bei **Anfragen ohne Dokumentation oder mit ungenügender Dokumentation** werden wir keine Empfehlung mehr abgeben.

Eine Empfehlung ist nur für den spezifischen Einzelfall gültig und darf nicht auf andere Fälle angewendet werden.

1.2.2. Anonymisierung

Für die Anonymisierung der Dokumente sind die folgenden Angaben zu entfernen:

- Name, Vorname
- Geburtstag und Monat
- Wohnadresse
- Korrespondenzdaten (Telefonnummer, etc.)

BFS-Mitarbeiter unterstehen nur dem Statistikgeheimnis (gemäss Art. 14 des Bundesstatistikgesetzes).

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2019

Legende: Neuerungen in grün, ~~Löschungen in rot~~

2.1. S0102c Sepsis und Anhang

Betrifft alle Sprachversionen

Ab 01.01.2019 gelten die angepassten Regeln für die Sepsis für die Erwachsenen. Sie finden diese unter dem folgendem Link:
https://www.swissdrg.org/application/files/5115/3304/7690/Kodierrichtlinie_Sepsis.pdf

Die Integration der Regel in das Kodierungshandbuch 2020 ist vorgesehen.

In Anlehnung an «*The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*», finden aktuell Arbeiten statt zur Anpassung der Definition der Sepsis für Kinder. Bei einem erfolgreichen Abschluss dieser Arbeiten werden die neuen Definitionen für die Diagnose Sepsis frühestens im 2020 eingeführt.

Bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr gelten aktuell die Organdysfunktions-Kriterien nach Goldstein, s. link: Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan; 6(1): 2 – 8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15636651 «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics»

2.2. S1001g Maschinelle Beatmung

Betrifft alle Sprachversionen

Der Abschnitt «Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)» der Kodierungsrichtlinie S1001g ist wie folgt anzupassen.

Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)
Die Elementegruppe 93.9F.1- «Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung Neugeborener und Säuglinge»
~~Der Kode 93.9C.-- Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung **Neugeborener und Säuglinge**~~ darf nur bei Neugeborenen und Säuglingen kodiert werden, unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden). Bei einer Atemunterstützung unmittelbar nach der Geburt, ist dieser Kode nur dann anzugeben, wenn die Atemunterstützung mindestens 30 Minuten lang durchgeführt wurde.
Wenn bei **Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen** eine Störung wie z.B. Schlafapnoe, Pneumonie, Lungenödem, usw. mit CPAP behandelt wird, werden keine Beatmungsstunden erfasst, unabhängig davon, ob diese Massnahme auf einer Intensivstation durchgeführt wird, oder nicht.
Die Ersteinstellung einer Maskenüberdrucktherapie mittels CPAP oder BiPAP, bzw. die Kontrolle und Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP/BiPAP-Therapie werden mit folgenden Elementegruppen verschlüsselt: 93.9G.1- «Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, nach Dauer», 93.9G.2- «Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, nach Dauer», 93.9G.3- «Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Ersteinstellung, nach Dauer», 93.9G.4- «Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, nach Dauer».
~~Nur die Ersteinstellung (bedeutet nicht das Einschalten eines Gerätes) einer CPAP/BIPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP/BIPAP-Therapie bei schlafbezogenen Atemstörungen werden mit dem Kode 93.9D.11 Ersteinstellung einer CPAP oder BIPAP-Therapie zur Behandlung der schlafbezogenen Atemstörung (Schlafapnoe) und 93.9D.12 Kontrolle oder Optimierung einer CPAP oder BIPAP-Therapie zur Behandlung der schlafbezogenen Atemstörung (Schlafapnoe) verschlüsselt.~~

2.3. S1201g Plastische Chirurgie - Satzkorrektur

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2019 nº 1 FR

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2019

Legende: Neuerungen in grün, ~~Löschungen in rot~~

3.1. Analogiekodierung

- CAR-T-Zell-Therapie
- Mikrovaskuläre Lappentransplantation aus Muskel oder Faszie an der Hand

Am 31. Juli 2018 und am 18. September 2018 wurden in Absprache mit dem BFS von der SwissDRG AG obenstehende Analogiekodierungen publiziert. Diese Analogiekodierungen sind bis zum Zeitpunkt der Etablierung differenzierter Kodes über ein ordentliches Antragsverfahren verbindlich und einheitlich anzuwenden. Diese sind ab Veröffentlichung gültig und für allfällige Kodierrevisionen relevant.

https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-80/analogiekodierung

3.2. 00.4G.- Gefässverschlusskörper (vascular plug)

Betrifft alle Sprachversionen

Um die Verwechslung zwischen Coils und vascular Plugs zu vermeiden wurden folgende Zusatzinformationen aufgenommen.

00.4G Einsetzen von Gefässverschlusskörpern
EXKL. Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils (00.4A.-)
00.4G.1 Einsetzen von vascular Plugs, nach Anzahl
00.4G.11 Einsetzen von 1 vascular Plug
00.4G.12 Einsetzen von 2 vascular Plugs
00.4G.13 Einsetzen von 3 vascular Plugs
00.4G.14 Einsetzen von 4 und mehr vascular Plugs

39.99.32 Katheterinterventioneller Verschluss des Ductus arteriosus Botalli, mit Amplatz-Ductus-Occluder
Kod. eb.: Einsetzen von vascular Plugs, nach Anzahl (00.4G.1-)

3.3. Destruktion am Knochen

Betrifft alle Sprachversionen

Die Kodes unter 77.6- «Lokale Resektion von Knochenläsion oder –gewebe» sind zu erweitern auf «Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder –gewebe».

77.6 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe
[…]
77.60 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe, ohne Angabe der Lokalisation
77.61 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum
[…]
77.61.00 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum, n.n.bez.
77.61.10 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Skapula und Klavikula
77.61.11 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an einer Rippe
[…]
77.61.12 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Sternum

[…]

77.61.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum, sonstige**

77.62 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Humerus**

[…]

77.62.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Humerus, n.n.bez.**

[…]

77.62.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Humerus, sonstige**

Z77.63 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Radius und Ulna**

[…]

77.63.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Radius und Ulna, n.n.bez.**

[…]

77.63.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Radius und Ulna, sonstige**

77.64 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Karpalia und Metakarpalia**

[…]

77.64.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Karpalia und Metakarpalia, n.n.bez.**

[…]

77.64.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Karpalia und Metakarpalia, sonstige**

77.65 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Femur**

[…]

77.65.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Femur, n.n.bez.**

[…]

77.65.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Femur, sonstige**

77.66 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe aus der Patella**

[…]

77.66.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an der Patella, n.n.bez.**

[…]

77.66.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an der Patella, sonstige**

77.67 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tibia und Fibula**

[…]

77.67.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tibia und Fibula, n.n.bez.**

77.67.10 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tibia**

77.67.11 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Fibula**

[…]

77.67.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tibia und Fibula, sonstige**

77.68 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tarsalia und Metatarsalia**

[…]

77.68.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tarsalia und Metatarsalia, n.n.bez.**

77.68.10 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tarsalia**

77.68.11 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Metatarsalia**

[…]

77.68.99 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Tarsalia und Metatarsalia, sonstige**

77.69 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen**

[…]

77.69.00 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen, n.n.bez.**

77.69.10 **Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Phalangen der Hand**

77.69.12 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe am Becken
77.69.13 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an Phalangen des Fusses
[…]
77.69.99 Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen, sonstige

Für die Lokalisationen Gesichtsschädelknochen und Wirbelsäule gibt es spezifische Kodes zur Abbildung der Destruktion am Knochen: 76.2X.20 «Destruktion einer Läsion an Gesichtsschädelknochen», 7A.26 «Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe an der Wirbelsäule».

3.4. Wirbelkörperersatz und interkorporelles Implantat

Betrifft alle Sprachversionen

Bei der Erstellung der Kategorie 7A.- «Operationen an Knochen und Gelenken der Wirbelsäule» wurden bei der Abbildung der Prothesen und Implantate die interkorporellen Implantate vergessen. Unter der 3-stelligen Kategorie 7A.6- «Implantation, Entfernen und Revision ohne Ersatz von Prothesen und Implantaten an der Wirbelsäule» und der Subkategorie 7A.A1.- «Anzahl implantierter Prothesen und Implantate, Wirbelsäule» sind somit folgende Korrekturen vorzunehmen.

7A.63 ~~Wirbelkörperteilersatzprothese~~ Wirbelkörperersatz
Cage als Wirbelkörperersatz
Synthetischer Käfig als Wirbelkörperersatz
INKL. Wirbelkörperresektion
7A.63.0 Detail der Subkategorie 7A.63
7A.63.11 ~~Implantation Wirbelkörperteilersatzprothese~~ Implantation Wirbelkörperersatz
7A.63.21 ~~Implantation Wirbelkörperteilersatzprothese bei einem Prothesenwechsel~~
Implantation Wirbelkörperersatz bei einem Wechsel
7A.63.31 ~~Entfernen Wirbelkörperteilersatzprothese~~ Entfernen Wirbelkörperersatz
7A.63.41 ~~Revision ohne Ersatz, Wirbelkörperteilersatzprothese~~ Revision ohne Ersatz, Wirbelkörperersatz

7A.64 Wirbelkörperersatzprothese
INKL. Wirbelkörperresektion
[…]
7A.65 ~~Wirbelkörperersatz~~ Interkorporelle Implantate
Cage als interkorporelles Implantat
~~Interkorporelle Implantate~~
Synthetische Käfige als interkorporelles Implantat
7A.65.0 Detail der Subkategorie 7A.65
7A.65.11 ~~Implantation Wirbelkörperersatz~~ Implantation interkorporelles Implantat
7A.65.21 ~~Implantation Wirbelkörperersatz bei einem Implantatwechsel~~
Implantation interkorporelles Implantat bei einem Implantatwechsel
7A.65.31 ~~Entfernen Wirbelkörperersatz~~ Entfernen interkorporelles Implantat
7A.65.41 ~~Revision ohne Ersatz, Wirbelkörperersatz~~ Revision ohne Ersatz, interkorporelles Implantat
[…]
7A.A1 Anzahl implantierter Prothesen und Implantate, Wirbelsäule
[…]
7A.A1.3 ~~Anzahl implantierter Wirbelkörperteilersatzprothesen~~ Anzahl implantierter Wirbelkörperersätze
7A.A1.31 ~~1 implantierte Wirbelkörperteilersatzprothese~~ 1 implantierter Wirbelkörperersatz
7A.A1.32 ~~2 implantierte Wirbelkörperteilersatzprothesen~~ 2 implantierte Wirbelkörperersätze
7A.A1.33 ~~3 implantierte Wirbelkörperteilersatzprothesen~~ 3 implantierte Wirbelkörperersätze
7A.A1.34 ~~4 implantierte Wirbelkörperteilersatzprothesen~~ 4 implantierte Wirbelkörperersätze

7A.A1.35 ~~**5 und mehr implantierte Wirbelkörperteilersatzprothesen**~~
5 und mehr implantierte Wirbelkörperersätze

[…]

7A.A1.5 ~~**Anzahl implantierter Wirbelkörperersätze**~~ **Anzahl implantierter interkorporelle Implantate**
Cage als interkorporelles Implantat
Synthetische Käfige als interkorporelles Implantat

7A.A1.51 ~~**1 implantierter Wirbelkörperersatz**~~ **1 implantiertes interkorporelles Implantat**

7A.A1.52 ~~**2 implantierte Wirbelkörperersätze**~~ **2 implantierte interkorporelle Implantate**

7A.A1.53 ~~**3 implantierte Wirbelkörperersätze**~~ **3 implantierte interkorporelle Implantate**

7A.A1.54 ~~**4 implantierte Wirbelkörperersätze**~~ **4 implantierte interkorporelle Implantate**

7A.A1.55 ~~**5 und mehr implantierte Wirbelkörperersätze**~~ **5 und mehr implantierte interkorporelle Implantate**

3.5. 7A.A2 Growing rod

Betrifft alle Sprachversionen.

Um eine Verwechslung zu vermeiden wurde vor der ergänzenden Beschreibung «Schrauben-Stangen-System» unter dem Kode 7A.A2 «mitwachsend» aufgenommen. Dieser Kode ist nicht zu verwenden für ein einfaches Osteosynthesematerial. Die Schrauben-Stab-Systeme zur Osteosynthese werden mit dem 7A.A4.15 «Verwendetes Osteosynthesematerial, Wirbelsäule, Schrauben-Stab-System» abgebildet.

7A.A2 **Implantation von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule**
Growing rod
Mitwachsende Schrauben-Stangen-System

3.6. 81.82.45 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette

Betrifft nur die französische Version. Siehe Circulaire 2019 nº 1

3.7. 89.0A.32 Ernährungsberatung und –therapie

Betrifft alle Sprachversionen
Folgende Präzisierung ist im «Beachte» des Kodes 89.0A.32 «Ernährungsberatung und –therapie» aufzunehmen.

89.0A.32 **Ernährungsberatung und -therapie**
Beachte: Die Ernährungsberatung und -therapie wird durch eine/n dipl. Ernährungsberater/in HF/FH durchgeführt in mind. 2 Behandlungseinheiten und beinhaltet insgesamt:
1. Ernährungs-Assessment, -Diagnose, -Intervention, -Monitoring und Evaluation inklusive Dokumentation,
2. mindestens eine Absprache (mündlich oder schriftlich) mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin,
3. mindestens ein patientenbezogener Kontakt auf der Abteilung.

3.8. 93.85.- Berufsrehabilitation und Arbeitsrehabilitation, Mindestmerkmalkorrektur

Betrifft die deutsche und die italienische Sprachversion

Der Punkt 4 der Mindestmerkmale der Subkategorie 93.85.- «Berufsrehabilitation und Arbeitsrehabilitation» ist wie folgt zu korrigieren.

93.85 **Berufsrehabilitation und Arbeitsrehabilitation**
Beachte: Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlung:
Die Therapie umfasst ein Berufsorientiertes Training (BOT) oder ein Ergonomietraining (work hardening).

Zur Erreichung der aktivitäts- und arbeitsbezogenen Ziele werden mindestens drei der Therapieverfahren a bis ~~d~~ g in patientenbezogenen Kombinationen angewendet:
a. individuelle medizinische Trainingstherapie zur Verbesserung der arbeitsrelevanten Defizite. Diese beinhaltet eine spezialisierte Physio- oder Ergotherapie (geschult in Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, Arbeitsanamnese, Work-Hardening/ - Conditioning)
b. Arbeitssimulation (Training komplexer arbeitsrelevanter Bewegungsabläufe)
c. Sozialrechtliche Beratung und Arbeits-/Berufsberatung mit Evaluation der Möglichkeiten im angestammten oder anderen Beruf durch anerkannte Assessments.
d. Schmerz-Edukation
e. Anpassen und Training von Hilfsmitteln zur Berufsausübung
f. Psychologisch/ psychotherapeutische Behandlung bei Bedarf
g. Arbeiten nach kognitiv-verhaltensorientierten Konzepten.

3.9. Mindestmerkmale des 93.89.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen

Die Mindestmerkmale des 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» sind wie folgt anzupassen.

Zu den Anpassungen unter dem «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» möchten wir an dieser Stelle noch darauf weisen, dass sich die absolute Behandlungsdauer nicht erhöht. Neu wird die Tatsache berücksichtigt, dass die intensive Therapie als enge Zusammenarbeit und gegenseitige Ergänzung von Rehabilitationspflege und Funktionstherapie erfolgt. Die Pflege wird als integrativer Bestandteil der «Therapie» mitgezählt. Die bisherige Formulierung «Mindestens zwei der genannten Therapiebereiche werden eingesetzt» und «Der Einsatz der Therapiebereiche erfolgt […] mindestens 300 Minuten täglich» bildete den effektiven Behandlungsaufwand nicht eindeutig ab. Die Therapiedichte ist neu von mindestens 360 Minuten pro Tag. Bestandteil dieser 6 Stunden sind mindestens 2 Stunden Rehabilitationspflege an 7/7 Tagen plus mindestens 2 Stunden Funktionstherapie an 5/7 Tagen.

93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Kod. eb.: Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.
Falls die Behandlung auf einer IMC durchgeführt wird: Komplexbehandlung des Erwachsenen, resp. im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten (99.B8.1-, 99.B8.2-)

Exkl. Kode weglassen - Basisleistung in der Rehabilitation (BA.-)
Kode weglassen - Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage (93.86.-)
Kode weglassen - Geriatrische Akutrehabilitation (93.89.9-)
Kode weglassen - Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87.-)
Kode weglassen - Zusatzaufwand in der Rehabilitation (BB.-)

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Definition und Referenzdokument:
Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation bezeichnet die besonders intensive Phase der neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems nach der Akutversorgung oder bei Patienten mit akuter Exazerbation bei vorbestehenden chronischen Krankheiten.
Details zu Indikation, strukturellen und personellen Voraussetzungen finden sich im Referenzdokument «Referenzdokument V 19.10.2018 zu CHOP Kode 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation» unter https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen.

Mindestmerkmal Punkt 1, Altersgrenze:
Dieser Kode gilt für Patienten ab dem vollendeten 2. Lebensjahr.

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:
Zum Beginn der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation und wöchentlich im Verlauf der Behandlung erfolgt eine Beurteilung sowie Dokumentation nach dem Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle (der Barthel-Index ist für Kinder und Jugendliche bisher nicht validiert) zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite. Der Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle des Patienten beträgt dabei maximal 30 Punkte (die Berechnung des Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle ist im Anhang zur ICD-10-GM zu finden).
Wird im Verlauf ein Frührehabilitations-Barthel-Index von > 30 gemessen, so ist nach einer Woche (7 Tage) eine Kontrolle erforderlich; liegt der Frührehabilitations-Barthel-Index bei dieser Kontrolle ebenfalls > 30, so sind die Voraussetzungen für diesen Frührehabilitations-Kode nicht mehr erfüllt.
Die einmalige Messung eines Frührehabilitations-Barthel-Index von > 30 allein reicht nicht aus, um die Vorgaben des Kodes der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation als nicht erfüllt zu definieren.

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:
1. ~~a)~~ Rehabilitationspflege ~~durch besonders geschulte Pflegefachpersonen auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation~~ (fördernde und unterstützende Pflege, z.B. Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Massnahmen u.a.) für mindestens 2 Std./Tag an 7/7 Tagen, zusätzlich zur medizinischen Grund- und Behandlungspflege.;
2. ~~b) Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: - Physiotherapie/Krankengymnastik, - Physikalische Therapie, - Ergotherapie, - Neuropsychologie, - Logopädie/fazioorale Therapie, - therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Massnahmen u.a.)~~. Funktionstherapie für mindestens 2 Std./Tag an 5 von 7 Tagen, häufig durch mehrere Therapeuten gemeinsam (Doppelbehandlungen) mit Einsatz von mindestens 2 der unter 4.2 aufgelisteten Therapiebereiche.
~~c) Mindestens zwei der genannten Therapiebereiche werden eingesetzt.~~
3. Rehabilitationspflege und Funktionstherapie gesamthaft für mind. 6 Std. Therapie/Tag, wobei die Therapiezeiten bei simultanem Einsatz mehrerer Therapeuten aufsummiert werden können. Bei Kindern und Jugendlichen können 2 Std./Tag an heil- bzw. sonderpädagogische Förderung zu der Rehabilitationspflege und Funktionstherapie angerechnet werden. Abweichungen davon sind nur aus patientenspezifischen Gründen möglich, diese müssen dokumentiert sein.
~~d) Der Einsatz der Therapiebereiche erfolgt in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.~~
4. Ärztliche Visiten an mindestens 5 von 7 Tagen.
~~e) Eine Ernährungsberatung und -therapie kann bei Bedarf zusätzlich durchgeführt werden.~~
5. Verschiedene andere Fachbereiche wie: Ernährungsberatung und -therapie, Orthoptik, etc. können bei Bedarf zusätzlich durchgeführt werden.

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:
Das Frührehateam besteht aus: Details siehe Referenzdokument

1. Ärztliche Leitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie. In der Kinder- und Jugendmedizin obliegt die Leitung und Stellvertretung einem Facharzt für Pädiatrie mit Schwerpunkt Neuropädiatrie.
2. Therapeuten, mit abgeschlossener Berufsausbildung, aus folgenden Therapiebereichen:
   - Physiotherapie;
   - Physikalische Therapie;
   - Ergotherapie;
   - Logopädie / Fazio-Orale Trakt Therapie;
   - Klinische und Neuropsychologie.

   Bei Kindern zusätzlich:
   - Sonder- und Heilpädagogik.

3. Pflegefachpersonal und Therapeuten sind besonders geschult auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Im Frührehateam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.

~~Frührehateam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt.~~
~~Im Frührehateam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.~~

Mindestmerkmal Punkt 5, ~~Infrastruktur~~ Erfassung: Wird die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation auf einer SGI-zertifizierten Intermediate-Care-Station durchgeführt, sind die Aufwandspunkte gemäss CHOP-Kode 99.B8 Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit bei Erwachsenen und im Kindesalter zusätzlich zu erfassen.
~~Beatmungsstunden dürfen nicht zusätzlich kodiert werden.~~
Beatmungsstunden während der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation dürfen nicht kodiert werden.

Mindestmerkmal Punkt 6, Therapieplanung und -kontrolle: ~~Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.~~
1. Initiale Therapieplanung und Festlegung der Frührehabilitationsziele sowie deren Dokumentation.
2. Regelmässige, mindestens wöchentliche, strukturierte, patientenbezogene Teamkonferenzen mit Einbezug aller beteiligten Fachbereiche unter ärztlicher Leitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse, inkl. Dokumentation der Rehabilitationsziele.

Mindestmerkmal Punkt 7, Austrittsplanung:
Geregelte Weiterversorgung mit Einleitung sowie Strukturierung der Nachbetreuung in einer weiterführenden Rehabilitation oder in einer Pflegeeinheit bzw. Weiterversorgung zu Hause. Auf eine Zusammenarbeit mit einem Sozialdienst kann zurückgegriffen werden.

3.10. Standardisiertes geriatrisches Assessment

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Beachte» unter 93.89.A- «Standardisiertes geriatrisches Assessment» ist wie folgt anzupassen.

93.89.A Standardisiertes geriatrisches Assessment

Beachte: Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung ~~durch Fachärztin/Facharzt Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie (FMH)~~ eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH).

3.11. 93.89.2- Physikalisch-medizinische Akutrehabilitation

Betrifft nur die französische und italienische Version. Siehe Circulaire 2019 nº 1, und Circolare 2019, n. 1

3.12. 93.9F.- Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung

Betrifft alle Sprachversionen.

Unter dem Kode 93.9F.12 «Atmungsunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System) bei Neugeborenen und Säuglingen» ist folgendes Beachte aufzunehmen.

93.9F.12 Atmungsunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System) bei Neugeborenen und Säuglingen

Beachte: Bei diesem Verfahren sind keine Beatmungsstunden zu erfassen.

3.13. Multiaxiale Diagnostik bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

Betrifft alle Sprachversionen

Der Punkt 0 der Mindestmerkmale des Kodes 94.16 «Multiaxiale Diagnostik bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter [MAS]» und der Subkategorie 94.A3.- «Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters [MAS], Achse 6 Globalbeurteilung» ist zu streichen.

94.16 Multiaxiale Diagnostik bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter [MAS]

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Detaillierte Informationen zur multiaxialen Diagnostik können folgendem Dokument entnommen werden. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

94.A3 Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters [MAS], Achse 6 Globalbeurteilung

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Detaillierte Informationen zur multiaxialen Diagnostik können folgendem Dokument entnommen werden. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

3.14. 94.A1.- HoNOS Präzisierung zu den Referenzdokumenten

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Punkt 0 der Mindestmerkmale der Subkategorie 94.A1.- «HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)» ist wie folgt zu ergänzen.

94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:
Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 / 02.11.2016. unter https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik
Bei alterspsychiatrischen Patienten gilt: «Vorgaben zur Erfassung des HoNOS 65+ für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 30.11.2018» unter https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik

3.15. Transfusion von Thrombozytenkonzentraten

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2019 nº 1.

3.16. Transfusion von Plasma

Betrifft alle Sprachversionen.

Die ergänzenden Beschreibungen unter den Elementegruppen 99.07.2- und 99.07.3- zur Abbildung der Transfusion von Plasma sind wie folgt anzupassen.

99.07.2 Transfusion von frisch gefrorenem Plasma (qFFP/qFGP)
~~Fresh Frozen Plasma (qFFP)~~
Frisch gefrorenes Plasma (Fresh Frozen Plasma FFP) aus Apherese und Vollblutspende, quarantänegelagert (qFFP/qFGP)
~~Normales Plasma~~

99.07.3 Transfusion von pathogeninaktiviertem frisch gefrorenem Plasma (piFFP/piFGP)
Pathogen inactivated fresh frozen plasma (piFFP) aus Plasmapool
Plasma aus Plasmapool

3.17. Pflege-Komplexbehandlung

Betrifft alle Sprachversionen.

Punkt 3 der Mindestmerkmale der Subkategorie 99.C1.- «Pflege-Komplexbehandlung, nach Aufwandspunkten» ist wie folgt anzupassen.

99.C1 Pflege-Komplexbehandlung, nach Aufwandspunkten
Beachte: Mindestmerkmal Punkt 03, Pflegeinterventionsprofil (Leistungskomplexe, -bündel):
Die Pflegeinterventionsprofile sind an Messkriterien / Mindestanforderungen gebunden.
Beispiel: 4-mal täglich, 1 Stunde pro Tag.
~~Die Pflegeinterventionen gemäss definierten Pflegeinterventionsprofilen werden ausschliesslich durch diplomiertes Pflegepersonal durchgeführt.~~
Die Pflegeinterventionen gemäss definierten Pflegeinterventionsprofilen werden durch diplomiertes Pflegepersonal oder durch Pflegepersonal unter der Verantwortung, resp. Aufsicht, von diplomiertem Pflegepersonal durchgeführt.

3.18. AA.- Messinstrumente für die Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Punkt 3 «Erfassung» der Beachte unter den Subkategorien AA.11.- «Erweiterter Barthel-Index (EBI)», AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)», AA.31.- «6-Minuten-Gehtest» und AA.32.- «Spinal Cord Independence Measure (SCIM)» ist wie folgt anzupassen.

AA.11 Erweiterter Barthel-Index (EBI)
Beachte: Punkt 3, Erfassung:
Die Kodes sind bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen~~, sowie während des gesamten stationären Rehabilitations-Aufenthalts jeweils am gleichen Wochentag wie der Eintritt (So. – Fr. Toleranz +1 Tag, Sa. Toleranz +2 Tage)~~ sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, zu erfassen.
Jedes Kriterium ist unterteilt zwischen 3 und 5 Schweregrade, wobei 0 «höchste Abhängigkeit» und 4 «höchste Unabhängigkeit» bedeutet.

Die Stufen sind genau nach den Definitionen der ANQ des EBI abzubilden.
Die Punktskala der Definitionen der ANQ des EBI entspricht nicht derjenigen der ICD-10-GM.

AA.21 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Beachte: Punkt 3, Erfassung:
Der Kode ist bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen~~, sowie während des gesamten stationären Rehabilitations-Aufenthalts jeweils am gleichen Wochentag wie der Eintritt (So. = Fr. Toleranz +1 Tag, Sa. Toleranz +2 Tage)~~ sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, zu erfassen.
Der Totalscore errechnet sich aus der Summe der Bewertung der 14 einzelnen Kriterien, welche in 5 Schweregrade unterteilt sind, wobei 0 «kein Problem» und 4 «Extrem schweres Problem» bedeuten.
Die Stufen sind genau nach den Definitionen des CIRS abzubilden.

AA.31 6-Minuten-Gehtest

Beachte: Punkt 3, Erfassung:
Der Kode ist bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen~~, sowie während des gesamten stationären Rehabilitations-Aufenthalts jeweils am gleichen Wochentag wie der Eintritt (So. = Fr. Toleranz +1 Tag, Sa. Toleranz +2 Tage)~~ sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, zu erfassen.
Bei jeder Erfassung ist ein Kode von den 4 zur Verfügung stehenden Kodes zu erfassen.
Die zurückgelegte Strecke in Meter ist gemäss Definition des 6-Minuten-Gehtest in das entsprechende Intervall zu übersetzen.

AA.32 Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Beachte: Punkt 3, Erfassung:
Die Kodes sind bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen~~, sowie während des gesamten stationären Rehabilitations-Aufenthalts jeweils am gleichen Wochentag wie der Eintritt (So. = Fr. Toleranz +1 Tag, Sa. Toleranz +2 Tage)~~ sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, zu erfassen.
Jedes Kriterium ist unterteilt zwischen 3 und 9 Schweregrade, wobei 0 «höchste Abhängigkeit» bedeutet.
Die Stufen sind genau nach den Definitionen des SCIM III abzubilden.

3.19. Basisleistung in der Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen.

Unter der Kategorie BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» ist folgendes Mindestmerkmal aufzunehmen. Dieses ersetzt die Mindestmerkmale unter den 3-stelligen Kategorien.

BA Basisleistung in der Rehabilitation

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind dem Dokument «Infrastrukturelles und personelles Referenzdokument zu CHOP-Kodes BA.1-BA.8, Stand 27.11.2018», gültig ab 01.01.2019, zu entnehmen. Dieses Dokument steht unter folgendem Link zur Verfügung: **https://www.fmh.ch/anforderungen-st-reha#minimal**

BA.1 Neurologische Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

BA.2 Psychosomatische Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

BA.3 Pulmonale Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

BA.4 Kardiale Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

BA.5 Muskuloskelettale Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

BA.6 Internistische oder onkologische Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

BA.7 Pädiatrische Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

BA.8 Geriatrische Rehabilitation

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:~~
~~Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind folgendem Dokument zu entnehmen. Titel, Version und Link werden zu einem späteren Zeitpunkt kommuniziert.~~

3.20. BB.1- Zusatzaufwand in der Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Punkt 3 der Mindestmerkmale der 3-stelligen Kategorie BB.1- «Zusatzaufwand in der Rehabilitation, nach Aufwandspunkte» ist wie folgt zu ergänzen.

BB.1 Zusatzaufwand in der Rehabilitation, nach Aufwandspunkte

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 3, Pflegefachpersonen und Therapeuten:
Die leistungserbringenden Pflegefachpersonen und Therapeuten verfügen über die jeweils notwendige und nachweisbare fachliche Qualifikation. Unter dem Begriff Therapeuten werden Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen zusammengefasst.

3.21. Korrekturen im Anhang zur Pflege-Komplexbehandlung

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

In der deutschen Version ist der Anhang zur Subkategorie 99.C1.- «Pflege-Komplexbehandlung» durch folgendes Dokument zu ersetzen. Der Titel der Leistungsgruppe 6 wurde korrigiert, sowie mehrere Tippfehler und Zeilenumbrüche.

99.C1.- Pflege-Komplexbehandlung

Definition und Beschreibung der 7 Leistungsgruppen und deren Pflegeinterventionsprofile

Nummer	Leistungsgruppen/ Pflegeinterventionsprofile			
1	Leistungsgruppe 1: Bewegung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
1.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Bewegung gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Änderung der Körperposition/-lage und /oder Mobilisation (Dekubitus-, Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonieprophylaxe; therapeutische Lagerung usw.). Die Änderung der Körperposition/-lage und /oder Mobilisation kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 3 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 12 x tägl.; davon maximal 4 Mikrolagerungen	1
1.2		Mobilisation aus dem Bett mit – An-/Ausziehen von Hilfsmitteln (z. B. Bauchgurt, Orthogilet, Rückenkorsett, Extremität Prothese) oder – Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/Haltungskontrolle (z. B. Kinaesthetik)	mindestens 2 x tägl.	1
1.3		Mobilisation aus dem Bett mit – Gehtraining mit Einsatz von Geräten/Hilfsmitteln (z. B. Eulenburger, Gehstöcke, Gehwagen) oder – Gehtraining unter Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/ Haltungskontrolle (z. B. Kinaesthetik) oder – Gehtraining nach therapeutischen Standards/Konzepten (z. B. Bobath)	mindestens 2 x tägl.	1
2	Leistungsgruppe 2 : Körperpflege	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
2.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Körperpflege gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Mehrfache Übernahme der Körperpflege /-waschung Die Übernahme der Körperpflege /-waschung kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 6 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 4 x tägl., davon mindestens 1 Ganzkörperwäsche	1
2.2		Selbstversorgungs-/ Waschtraining zur Erlangung grösstmöglicher Selbständigkeit bei der Körperpflege (baden, duschen; Körperteile oder den ganzen Körper waschen) Das Selbstversorgungs-/ Waschtraining kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 6 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 2 x 30 Min. / tägl.	1
3	Leistungsgruppe 3 : Ausscheidung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
3.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Ausscheidung gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette / Toilettenstuhl, An-/Auskleiden, Hygienemassnahmen und /oder Ausscheidungsunterstützung im Bett mit Körperpositionierung /-lagerung, Hygienemassnahmen. Die Ausscheidungsunterstützung kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 5 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 4 x tägl.	1
3.2		Unterstützung bei der Stuhlausscheidung im Bett mit Körperpositionierung /-lagerung, hygienemassnahmen sowie Reinigungseinlauf oder Irrigation und/oder digitales rektales Ausräumen Dieser Leistungspunkt kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 3 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 1 x tägl.	1

99.C1.- Pflege-Komplexbehandlung (Ende)

Definition und Beschreibung der 7 Leistungsgruppen und deren Pflegeinterventionsprofile

Nummer	Leistungsgruppen/ Pflegeinterventionsprofile			
4	Leistungsgruppe 4 : Wundmanagement	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
4.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Bewegung gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Wundmanagement, bestehend aus: – Wunddiagnose und -klassifikation, Wunddauer, -lokalisation, -grösse,-rand, -umgebung, -grund, -exsudation, -geruch, Entzündungszeichen, Schmerzen – Wundbehandlung: Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion und Wundauflagen und /oder Auflagenfixierung – Evaluation des Wundheilungsprozesses	mindestens 60 Min./tägl.	1
5	Leistungsgruppe 5 : Kommunikation und Sicherheit	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
5.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Kommunikation und Sicherheit gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	1: 1 Betreuung durchführen. Einen Patienten kontinuierlich über eine längere Zeitdauer in Präsenz betreuen. Die 1:1 Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Leistungen statt.	mindestens 1 x 60 oder 2 x 30 Min. / tägl.	1
5.2		Beratungsgespräch, Anleitung oder Informationsgespräch zum Kompetenzerwerb des Patienten und /oder Angehörigen/Bezugspersonen und / oder der poststationären Nachsorgeeinrichtung.	mindestens 1 x 60 oder 2 x 30 Min. / tägl.	1
5.3		Problemlösungsorientiertes Gespräch mit Patient und/oder Angehörigen/Bezugspersonen – zur Krisenbewältigung/zur sozialen Unterstützung oder – zum Pflege- und Behandlungsprozess/ zur Vorbereitung auf die Entlassung oder – Gespräche mit Dolmetscher	mindestens 1 x 60 oder 2 x 30 Min./ tägl.	1
6	Leistungsgruppe 6: Essen und Trinken	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
6.1	Deutlich erhöhte Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Essen und Trinken gegenüber den Routinemässig erbrachten Leistungen.	Systematisches Ernährungsmanagement, bestehend aus: – Mahlzeit mundfertig vorbereiten nach Konsistenz und Grösse sowie Verwendung von Hilfsmitteln – Regelmässige Mundpflege – Essen und Trinken eingeben oder beim Essen assistieren Das Ernährungsmanagement kann nur zu Leistungen der Pflege- Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 7 Jahren bei Spitaleintritt.	Mindestens 3x Haupt- und 2x Zwischenmahlzeiten tägl. und mindestens 6x Trinken eingeben tägl.	1
6.2		Ernährung über PEG oder Sonde, bestehend aus: – Einen Patienten intermittierend über eine längere Zeitdauer ernähren – Vor- und Nachbereitung, Dokumentation – Regelmässige Mundpflege – Mörsern und Verabreichung der Medikamente gemäss den Kompatibilitäten	Mindestens 5x tägl.	1
7	Leistungsgruppe 7: Atmung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
7.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Atmung gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Systematisches Trachealkanülenmanagement bestehend aus: – Innenkanülenwechsel mit – Reinigung Trachealkanüle, – Entblocken und blocken, Kontrolle Cuffdruck, – Verbandswechsel, – Wechsel des Tubushaltebandes	Mindestens 3x tägl.	1
7.2		Sekretmobilisation/-entfernung durch Absaugen, Endotracheal, Mund-, Nasen- und Rachenraum.	Mindestens 10x tägl. (ungefährer Zeitaufwand ca. 10 Min. /Absaugen)	1
7.3		Inhalation bei beatmeten/ tracheotomierten Patienten.	Mindestens 4x tägl. (ungefährer Zeitaufwand ca. 10 Min. / Inhalation)	1
7.4		Sekretmobilisation durch maschinell unterstütztes Abhusten	Mindestens 3x tägl. (ungefährer Zeitaufwand ca. 15 Min. / Tätigkeit)	1

3.22. Korrekturen im Anhang «BB.1- Zusatzaufwand zur Rehabilitation»

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Anhang zur 3-stelligen Kategorie BB.1- «Zusatzaufwand zur Rehabilitation» ist durch folgendes Dokument zu ersetzen.

BB.1 Zusatzaufwand in der Rehabilitation

Nr.	Indikation, ~~Voraussetzung~~	Leistung	Messkriterium (pro Tag)	Punktzahl
1	Fachübergreifende Pflegeleistungen indikationsbezogen			
1.1	~~Voraussetzung: Ärztliche Behandlungsleitung je nach Indikation durch Facharzt für Kardiologie, Pneumologie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin/Onkologie, PMR, Pädiatrie, Psychosomatik sowie durch Schwerpunktträger Geriatrie.~~	Teil-/ Vollkörperpflege bzw. Mobilisation inkl. weitere pflegerische Unterstützung entsprechend dem Funktions-defizit	mind. 30 Min. Pflege	1
		Spezifisches Monitoring und Kontrolle (z. B. bei engmaschige Überwachung der Vitalparameter ; VAD-Kontrolle mit Dokumentation in jeder Schicht ; Monitoring weiterer fachspezifischer Parameter)	mind. 6 Mal	4
		Spezifische Hygieneschulung nach Transplantation von Herz, Lunge	mind. 30 Min. Pflege	1
		Spezifisches/komplexes Medikamentenmanagement (z.B. parenterale Medikamente, Infusionen, Transfusionen)	mind. 30 Min. Pflege	1
2	Erkrankungen des Herzkreislaufsystems			
2.1	Bei VAD, nach Klappenoperation, nach Herztransplantation, bei Endokarditis ~~Voraussetzung: Ärztliche Behandlungsleitung durch Facharzt für Kardiologie~~	Patientenschulung im Umgang mit VAD	mind. 30 Min. Pflege	1
		Atemphysiotherapie	mind. 1 TE	1
2.2	Herzinsuffizienz NYHA III oder EF < 30 ~~Voraussetzung: Ärztliche Behandlungsleitung durch Facharzt für Kardiologie oder für AIM mit entsprechender Qualifikation, ggf. auch konsiliarisch.~~	Kontrolle im Umgang mit Gewicht / Flüssigkeitshaushalt und Ernährung bei Herzinsuffizienz	mind. 30 Min. Pflege oder Ernährungsberatung	1
		Qualifizierte Herzinsuffizienzberatung und Schulung	1 Schulungs-einheit	1
		Komplexe physikalische Entstauungstherapie inkl. Kompressionsbehandlung	mind. 30 Min.	1
3	Atmungsorgane			
3.1	Erkrankungen mit problematischer Sekretmobilisation, Vorhandensein von Trachealkanülen, Thoraxdrainagen ~~Voraussetzung: Ärztliche Behandlungsleitung durch Facharzt für Pneumologie, Pädiatrie oder AIM mit entsprechender Qualifikation.~~	Pflegerische Massnahmen zur Förderung der Belüftung der Lunge und /oder zur Auswurfförderung des Bronchialsekrets;	mind. 30 Min. Pflege oder Physiotherapie	1
		Pflege von Trachealkanülen und Thoraxdrainagen sowie Schulung der Patienten in Handhabung und Pflege von Trachealkanülen.	mind. 30 Min. Pflege	1
3.2	Z. n. Lungentransplantation in den letzten 3 Monaten, pulmonale Hypertonie ~~Voraussetzung: Ärztliche Behandlungsleitung durch Facharzt für Pneumologie~~	Spezifische Physiotherapie bei pulmonaler Hypertonie (z. B. spezielles mentales Training zur Vermeidung von Atemnot; spez. Belastungstraining von nur 1 Extremität im tägl. Wechsel) und nach Lungentransplantation (z. B. spez. Trainingsprogramme bei eingeschränkter Mobilität des Thorax ; spez. Krafttraining der Atemhilfsmuskulatur ; Einzeltherapie im Patientenzimmer bei Immunsuppression)	mind. 30 Min.	1
4	Nervensystem			
4.1	Komplexe Erkrankungen des ZNS, z. B. Status nach SHT ~~Voraussetzung: Ärztliche Behandlungsleitung durch Facharzt für Neurologie oder PMR~~	Abklärung Schluck-, Atem- und Sprachfunktion und deren spezialisierte Therapie	mind. 30 Min. Therapie	1
		Robotik inkl. damit verbundene Leistungen mehrerer Physiotherapeuten	mind. 1 TE	~~1~~ 2
		Spezifische Physiotherapie bei schweren Behinderungen/ funktionellen Defiziten gemäss der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Es besteht ein besonders grosser Behandlungsaufwand mit der Notwendigkeit, dass 2 Physiotherapeuten gleichzeitig an der Therapie beteiligt sind.	mind. 1 TE	1

BB.1 Zusatzaufwand in der Rehabilitation (Ende)

Nr.	Indikation, ~~Voraussetzung~~	Leistung	Messkriterium (pro Tag)	Punktzahl
5	Verletzungen – postop. Zustände			
5.1	Schwere Verletzungen oder postoperative Zustände (ausser Amputation untere Extremität) ~~Voraussetzung: Ärztliche Behandlungsleitung durch Facharzt für PMR, Orthopäde, Chirurg, ggf. auch konsiliarisch~~	Spezifische Physio- und Ergotherapie entsprechend dem Verletzungsmuster und der Mehrfach-Lokalisationen, auch als Einzeltherapie mehrfach täglich.	mind. 1 TE	1
		Drainageversorgung	mind. 30 Min. Pflege	1
5.2	nach Amputation der unteren Extremität Amputation an den unteren Extremitäten, welche eine prothetische oder orthoprothetische Versorgung benötigt. (Der Kode beinhaltet nicht die alleinige Versorgung mit orthopädischen Schuhen) ~~Die ärztliche Behandlungsleitung liegt beim Facharzt für PMR oder Facharzt für Orthopädie und Traumatologie~~	Spezifische Physio- oder Ergotherapie als Einzeltherapie inkl. Rollstuhltraining und Prothesengebrauchstraining sowie spezifische Gruppentherapie	mind. 1 TE	1
		Bewegungstherapie im Wasser (Schwimmen), Wickel	mind. 1 TE	1
6	Aufwändige Wundbehandlung			
6.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand gegenüber den routinemässig erbrachten Pflegeinterventionen.	Spezifische Wundbeschreibung mit: – Wunddiagnose und Wundklassifikation – Wunddauer und -lokalisation – Wundgrösse, -rand, -umgebung, -grund, -exsudatbildung, -geruch – Entzündungszeichen – Schmerzen – Foto-Dokumentation	mind. 30 Min. Pflege	1
		Wundbehandlung, bestehend aus: – Wundreinigung und /oder Wunddesinfektion – Wundauflagen mit /ohne Auflagenfixierung	mind. 30 Min. Pflege	1
7	Psychische Funktionseinschränkungen			
7.1	Psychische Funktionseinschränkungen	Vermehrter Aufwand bei Fluchttendenzen, fehlender oder eingeschränkter Orientierung oder fehlender/eingeschränkter Compliance.	Einzelaufwand mind. 30 Min.	1
8	Intensive Beratungsgespräche			
8.1	Intensive Beratungsgespräche	Intensive Beratungsgespräche: Pflege, Therapeut oder Arzt mit Patient /Angehörige.	Dauer eines Beratungsgesprächs mind. 45 Min.	1

4. ANHANG

4.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle,** ab 1. Januar 2019 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

Beschreibung der Nummerierung
Die «Informationen und Präzisierungen» sind aufsteigend aufgelistet, wobei die neuesten oder aktualisierten Informationen die tiefste Nummer tragen.

Z.B.: 0999 (Nummer) 1.1.2012 (gültig seit/ab)
0998 1.1.2012
…
0852 01.07.2017, usw.

0836 01.01.2019 Dauer der Behandlung mit einem Herzkreislaufunterstützenden Systems
Bei Verwendung des ICD-10-GM Kodes Z95.80 «Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems» ist zusätzlich die Dauer der Behandlung mit einem der CHOP-Kodes von folgenden Elementegruppen:
37.69.2- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)“
37.69.4- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, univentrikulär“
37.69.5- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, biventrikulär“
37.69.6- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intrakorporal, uni- und biventrikulär“
zu kodieren.

0837 01.01.2019 Bebeutelung Neugeborene
Die Bebeutelung bei Neugeborenen mit Adaptationsstörungen wird nicht kodiert. Es wird kein Kode aus 93.9F.1- «Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung Neugeborener und Säuglinge» abgebildet.

0838 01.01.2019 Rotatorenmanschette
Zur Rotatorenmanschette gehören die Sehnen folgender Muskeln:
Musculus infraspinatus
Musculus supraspinatus
Musculus subscapularis
Musculus teres minor

Nur die plastische Rekonstruktion dieser Sehnen kann zur plastischen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette gezählt werden. Diese Präzisierung bezieht sich auf die Kodes 81.82.35 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, arthroskopisch» und 81.82.45 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, offen chirurgisch», die beide das Beachte «Die plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette darf nur kodiert werden, wenn 2 oder mehr Sehnen rekonstruiert werden.» enthalten.

0839 01.01.2019 Erfassung der Aufwandspunkte der Pflege-Komplexbehandlung bei Überlieger
Bestimmte Änderungen der Subkategorie 99.C1.- «Pflege-Komplexbehandlung, nach Aufwandspunkten» von der CHOP 2018 zur CHOP 2019 haben einen Einfluss auf die Erfassung der Aufwandspunkte. Dies sind u.a. die Aufnahme einer zusätzlichen Leistungsgruppe, d.h. es können maximal 7, statt 6 Aufwandspunkte pro Tag erfasst werden, sowie die Erweiterung der Aufgliederung der Aufwandspunkte (sie reicht in der CHOP 2019 bis «801 und mehr Aufwandspunkte», in der Vorversion reichte sie nur bis «66 und mehr Aufwandspunkte»).

Diese neuen Bedingungen werden auf alle Leistungen mit Erbringungstag ab Inkrafttreten des CHOP 2019 angewendet.
Für Überliegerfälle mit Austritt 2019 bedeutet dies die Auswahl und Kodierung des entsprechenden Kodes aus CHOP 2019 auf der Basis von der Summe der Punkte der Pflegekomplexbehandlung nach Vorgaben CHOP 2018 bis 31.12.2018 plus Summe der Punkte der Pflegekomplexbehandlung nach Vorgaben CHOP 2019 von 01.01.2019 bis zur Entlassung im Jahr 2019.

0840 01.01.2019 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-
Folgende Präzisierung betrifft die Elementgruppe 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage».

Wie definiert sich das Anstellungsverhältnis der fachärztlichen Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH)?
Der Schwerpunktträger Geriatrie (FMH) muss überwiegend in der leistungserbringenden geriatrischen Einheit tätig sein. D.h. dieser kann die fachärztliche Behandlungsleitung nicht gleichzeitig in einem anderen Spital oder sich in enger Nähe zueinander befindenden Standorten innehaben.

0841 01.01.2019 Geschlechtsumwandlung
Die genannten «kodiere ebenso» unter der 3-stelligen Kategorie 64.5- «Operationen zur Geschlechtsumwandlung» sind nicht abschliessend. Bei jedem Eingriff in Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung sind die Kodes unter 64.5- zu kodieren.

0842 01.01.2019 Bandscheibenverlagerung (Diskushernie) zervikal oder sonstige Lokalisation mit Myelopathie / Radikulopathie
Die Pathologie der Diskushernie zervikal oder sonstige Lokalisation mit Myelopathie oder Radikulopathie wird präzise mit M50.2+ / M51.2+ und G99.2* / G55.1* abgebildet (Kreuz-Stern-Kodierung).

0843 01.07.2018 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-
Diese Präzisierung wird ab 01.01.2019 ersetzt durch Nr. 0840.

0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 Dauer VAC Verband
Die Behandlungstage von gleichzeitigen VAC Behandlungen an verschiedenen Lokalisationen werden nicht addiert, die Addition wird pro Lokalisation gemacht.

0845 01.01.2018 Kollagenmatrix zur autologen Chondrozytentransplantation oder als azelluläres Implantat
Wird bei einer subchondralen Knocheneröffnung eines Gelenks eine native Kollagenmatrix (d.h. ohne autologe kultivierte Chondrozyten) eingebracht, ist, in Abhängigkeit vom Zugang, der Eingriff mit dem Kode «Subchondrale Knocheneröffnung am …Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder mit dem Kode «Subchondrale Knocheneröffnung am …Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» abzubilden. Die Kodes der Elementegruppen 81.9A.3- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, arthroskopisch» bzw. 81.9A.4- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, offen chirurgisch» dürfen in diesem Fall nicht kodiert werden.
Zum Beispiel bedeutet dies für das Kniegelenk, dass bei einer subchondralen Knocheneröffnung mit Einbringen einer nativen Kollagenmatrix der 81.47.25 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder 81.47.28 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» zu verwenden ist. Die Kodes 81.9A.3C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, arthroskopisch » bzw. 81.9A.4C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, offen chirurgisch» sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

0846 01.01.2018 Erfassung eines CIRS Totalscore von null
Wird bei der Erhebung des Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) ein Totalscore von 0 erreicht, so ist dieser mit dem Kode AA.21.11 «CIRS, 1-4 Totalscore» abzubilden.

~~**0847 01.01.2018 Einführung der Tarifstruktur (TARPSY) und Kodierrichtlinien**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

0848 01.01.2018 Kodierung der Assessments in der Rehabilitation
Werden für einen Rehabilitationsfall Kodes der Kategorie AA.-«Messinstrumente für die Rehabilitation» erfasst, so sind die entsprechenden ICD-10-GM-Kodes ebenfalls zu erfassen. Genauer gesagt, sind hier folgende ICD-10-GM Kategorien gemeint: U50.- «Motorische Funktionseinschränkung» und U51.- «Kognitive Funktionseinschränkung».

0849 01.01.2018 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care
Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppen 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen» und 93.8A.3- «Spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstagen». Sie wurden in einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der «Arbeitsgruppe Tarife Palliative Care» (AG Tarife) von palliative ch und den Versicherer Vertretern tarifsuisse ag und curafutura erarbeitet. Weiterführende Informationen zur Palliativmedizin finden Sie auf der Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, www.palliative.ch.

0849/1: Palliativmedizinische Basisassessments
93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:
Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA). […]

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:
a) Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) inklusive Erfassung von Komplexität und Instabilität.
[…]

Ist SENS ebenfalls ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)?
Mit dem SENS-Assessment werden folgende Bereiche der Palliativversorgung abgedeckt: Symptommanagement, Entscheidungsfindung/ End of Life Vorbereitung, Netzwerk-Organisation, Support der Angehörigen. SENS integriert alle Themenbereiche der gängigen Ziele, Definitionen und Modelle. Somit ist auch ein dokumentiertes SENS-Assessment als standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment für die Kodes 93.8A.2- und 93.8A.3- anzuerkennen.

Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?
Die alleinige Durchführung eines Assessmentinstrumentes (z.B. ESAS) zur Erfassung der körperlichen Dimension ist nicht als vollständiges PBA anzuerkennen. In einem PBA müssen die biologische, psychologische, soziale und spirituelle Dimension berücksichtigt werden.

0849/2: Therapiebereiche
93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie:
[…]
c) Arzt, Pflege und mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:
[…]

b) Arzt, Pflege und mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen. […]

Welche Therapiebereiche gibt es und was wird zu den 6 Stunden gezählt?

1. Die Aufzählung der Therapiebereiche (Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) ist sowohl für 93.8A.2- als für 93.8A.3- abschliessend.

2. Interprofessionelle Teambesprechungen, gemäss 0849/3, und Wegzeiten werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.

3. Die dokumentierten Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche können von allen aufgeführten Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) erbracht werden. Zu diesen gehört ebenfalls die Information des Patienten und dessen Angehörigen im Rahmen der Therapie.

4. Die dokumentierten und spezifischen Koordinationsaufgaben in direktem Zusammenhang mit dem Behandlungs- und Beratungsprozess sowie die Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche werden den 6 Stunden angerechnet.

5. Es gibt keine Festlegung für die Mindesttherapiedauer einer Therapieeinheit.

6. Grundvoraussetzung für die Kodierung ist die Dokumentation der Gespräche und Therapien. Die Art der Therapie, deren Dauer und das Datum der Durchführung müssen von allen beteiligten Berufsgruppen nachvollziehbar dokumentiert sein.

0849/3: Teambesprechung

93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung und -kontrolle:
Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle:
Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Was ist unter wöchentlicher interprofessioneller Teambesprechung zu verstehen?

Die wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung bei der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und der spezialisierten Palliative Care ist wie folgt zu verstehen: **«wöchentlich»** ist struktur- und nicht patientenbezogen. Das bedeutet, dass im klinischen Betrieb mindestens einmal pro Woche eine interprofessionelle Teambesprechung stattfindet.

Beispiel:
Der Patient ist 10 Tage hospitalisiert (von Montag der Woche 1 bis Mittwoch der Woche 2). Der Patient tritt am Mittwoch der 2. Woche aus oder verstirbt. Die Teambesprechungen finden jeweils donnerstags statt. Für die 2. Woche ist das strukturbezogene Mindestmerkmal ebenfalls erfüllt.

Unter **«interprofessionell»** ist zu verstehen, dass im Minimum Arzt, Pflege und eine weitere Berufsgruppe an der Teambesprechung teilnehmen.

~~**0849/4 Zählen der Behandlungstage**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Beachte der entsprechenden CHOP-Kodes übernommen und wurde somit im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

0852 01.07.2017 Beachte zur Regel D07 Geplante Folgeeingriffe
Beachte bei einer Narbenrevision:
Eine Narbenrevision wird gemäss Regel S1201f «Plastische Chirurgie» und Regel D06c «Folgezustände» Beispiel 2 kodiert. Die Hauptdiagnose Verbrennung (T20-T32) ist nur dann anzugeben, wenn es um die akute Behandlungsphase einer Verbrennung geht.

0853 01.07.2017 Transseptale Katheterpunktion
Wird bei 37.34.1- «Ablationsverfahren bei Tachyarrhythmien» eine transseptale Punktion gemacht, ist 37.90.21 «Kathetertechnische transseptale Punktion» zusätzlich zu kodieren.

~~**0854 01.07.2017 83.63 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse
Ein Kode der Subkategorie 54.98.- Peritonealdialyse darf auch dann kodiert werden, wenn der Patient/-in diese selbstständig durchführt. Die dazu benötigten Materialien, wie zum Beispiel Spülflüssigkeit usw., müssen dabei von der stationären Abteilung zur Verfügung gestellt werden.

0856 01.07.2017 Kodierung
Es ist nach den gültigen Kodierungsinstrumenten (Kodierungshandbuch, Rundschreiben, CHOP und ICD-10-GM) zu kodieren. Die Kodierung darf nicht durch die Orientierung in eine bestimmte SwissDRG oder in eine bestimmte Leistungsgruppe (SPLG, Spitalplanungs-Leistungsgruppen) beeinflusst werden.

0864 01.07.2016 Bebeutelung Neugeborene
Diese Präzisierung wird ab 01.01.2019 ersetzt durch Nr. 0837.

0869 01.01.2016 Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel
Werden bei Revisionseingriffen vorhandene Implantate explantiert (z.B. eine Aszitespumpe) und in gleicher Sitzung dieselben Implantate wieder eingebaut, dürfen keine Kodes für eine Implantation oder Wechsel eines Implantats kodiert werden (z.B. Kode *54.99.80 Einsetzen von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* ist nicht zu verwenden, sondern *54.99.81 Revision ohne Ersatz von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage / 54.99.82 Behebung einer mechanischen Obstruktion von Kathetern einer automatischen, programmierbaren und wiederaufladbaren Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage*).

Die Beispiele sind beliebig erweiterbar auf Defibrillator, Pacemaker, Mammaprothese, usw.

0871 01.01.2016 CHOP: Definition «endovaskulär»
Endovaskuläre Interventionen sind Eingriffe innerhalb eines Blutgefäßes, wobei dieses am Zielort der Behandlung nicht eröffnet wird. Inhaltlich ähnlich ist der Begriff interventionelles Verfahren.
Mit einem Katheter gelangt der Arzt nach Punktion einer Arterie (meistens in der Leiste) unter Bildgebung an die erkrankte Stelle. Dort kann die erkrankte Arterie mit speziellen Kathetern behandelt werden.
Beispiele für endovaskuläre Interventionen sind:
- Ballondilatation (PTA)
- Rotationsatherektomie
- Einlage eines Endograft
- Einlage eines Stents
- Einbringen eines Stentgrafts

~~**0872 01.01.2016 J80.- Atemnotsyndrom des Erwachsenen (ARDS)**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

0879 01.07.2015 39.99.21 Operationen bei kongenitaler Anomalie des Aortenisthmus (Stenose) oder bei unterbrochenem Aortenbogen
Eine offene Operation einer kongenitalen Aortenisthmusstenose wird je nach Methode mit einem präzisen Kode aus Kapitel 7 abgebildet. Gibt es einen präzisen Kode, wird *39.99.21* nicht kodiert.

~~**0881 01.07.2015 81.0- Spondylodese**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

~~**0882 01.07.2015 84.80.- Einsetzen von interspinösen Implantaten**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

0889 01.01.2015 Präzisierung ECMO und Zusatzentgelt
Wird die Prozedur mit den Kodes *37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A-* während eines Aufenthaltes mehrfach durchgeführt, so dürfen diese Kodes einzeln (je nach Dauer der Behandlung) kodiert werden, wenn mindestens 24 Stunden zwischen der 1. und der Folgebehandlung vergangen sind. Diese Regel gilt nur in Verbindung mit einem durchgeführten Kanülenwechsel. Eine Neukodierung der ECMO-Verfahren ist damit nur dann möglich, wenn mit der Folgebehandlung eine Neuanlage der Kanülen erfolgte, sonst werden die Behandlungszeiten aufsummiert und über einen ECMO-Kode abgebildet.

Bei Anwendung verschiedener ECMO-Verfahren ist nur ein Kode abzubilden und zwar der des längsten Verfahrens. Die Behandlungszeiten der jeweiligen ECMO-Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit einem ECMO-Kode präzise abzubilden.

0891 01.01.2015 Hüftimpingement
Die Resektion der CAM-Pathologie wird kodiert mit:
80.85.10 Arthroskopische lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte
oder *80.85.99 Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte, sonstige* für das offen chirurgische Verfahren.

Die Resektion der Pincer-Pathologie wird kodiert mit:
81.40.16 Knorpelglättung am Hüftgelenk, arthroskopisch oder *81.40.17 Knorpelglättung am Hüftgelen, offen chirurgisch.*

NB: Die Labrum-Refixation wird mit *81.40.10 Refixation eines osteochondralen Fragmentes am Hüftgelenk, arthroskopisch oder 81.40.11 Refixation eines osteochondralen Fragmentes am Hüftgelenk, offen chirurgisch* abgebildet.

~~**0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Zugang zur Wirbelsäule bei OSME**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

0896 01.07.2014 S06.72! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad S06.73! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad
Bei einem Schädel-Hirn-Trauma mit anschliessendem künstlichem Koma >24 Stunden werden obengenannte Kodes abgebildet.

0897 01.07.2014 80.76.10 Arthroskopische Synovektomie am Kniegelenk / 80.76.20 Offene Synovektomie am Kniegelenk
Die Resektion von Plica oder Hoffa-Fettkörper am Knie wird mit diesen Kodes abgebildet.

0900 01.07.2014 Arteria subclavia
Die Arteria subclavia ist keine präzerebrale Arterie. Interventionen an dieser werden nicht mit *39.76 Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an präzerebralem Gefäss* oder *00.64 Perkutanes Einsetzen von Stent an sonstigen präzerebralen Arterien* abgebildet.

0903 01.07.2014 51.99.00 - 51.99.14, 51.99.91, 51.99.99 Sonstige Operationen an den Gallenwegen
Diese Kodes sind nur für offen chirurgische oder laparoskopische Eingriffe abzubilden.

0905 01.01.2014 Geburt ausserhalb eines Spitals/Geburtshauses oder ausserhalb einer Behandlungseinheit des Spitals/Geburtshauses
Bei einer normalen Geburt zu Hause oder auf dem Weg ins Spital, ist bei der Mutter als HD *Z39.- Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zu kodieren, auch wenn die komplikationslose Nachgeburt erst im Spital stattfindet.
Beim gesunden Kind ist *Z38.1* (*Z38.4/Z38.7*) zu kodieren. Es wird kein Neugeborenen-Datensatz ausgefüllt, sondern ein normaler Datensatz + Minimal-Datensatz-Kinder.
Bei beiden ist die Variable 1.2.V03 Eintrittsart 1 (Notfall).

~~**0915 01.10.2013 Knochenersatzmaterial**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

0939 01.01.2013 Kodierung von Spannungsblasen
Spannungsblasen sind ein Begriff aus dem Volksmund und keine dermatologische kodierbare Diagnose.
Diese Hautmanifestation muss vom behandelnden Arzt einer spezifischen Hauterkrankung zugeordnet werden, damit sie kodiert werden kann.
Z.B. Aufgetreten im Rahmen einer postoperativen Phase sind am häufigsten einem S- Kode zuzuordnen.
Z.B. Blasen im Rahmen eines Dekubitalleidens sind eine äusserst kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder einem Dekubitus.
Zur Kodierung eines *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss die Pathogenese vom Arzt bestätigt werden.

0941 1.12.2012 ABO / AB0 Suchbegriff
Bei der informatischen Stichwortsuche nach Blutgruppen-assoziierten Kodes gibt es sprachliche Unterschiede:
- im Deutschen müsste die Blutgruppe immer mit 0 abgebildet sein,
- im Französischen mit O.

Es muss zurzeit unter O wie «Otto» und 0 «Null» gesucht werden, um alle Kodes zu finden.

0944 01.11.2012 Zystadenom Ovar
Das Zystadenom Ovar muss mit *C56 Bösartige Neubildung des Ovars* oder *D27 Gutartige Neubildung des Ovars* gemäss präziser Histologie kodiert werden (der alphabetische Index gibt den Hinweis auf *C56*).

0952 01.10.2012 S06.- Schädelhirntrauma (SHT)
Wenn ein Schädelhirntrauma (alphabetischer Index *S06.9 Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet*) ohne nachgewiesene intrakranielle Verletzung vorliegt, wird es nicht mit *S06.9* abgebildet, sondern mit *S06.0 Gehirnerschütterung*.

0955 01.09.2012 Osteophytenresektion bei Arthrodese
Die Osteophytenresektion ist bei einer Arthrodesen-Operation immer inkludiert (Fachgesellschaft Orthopädie).

~~**0971 01.06.2012 84.6 Ersetzen von Discus vertebralis**~~
~~Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 1 gestrichen.~~

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen

92.24.1- …bildgestützte Einstellung sind Therapien **mit** und *92.24.2- … bildgestützte Einstellung* sind Therapien **ohne** bildgestützte Einstellung

Das Stichwort «bildgestützte Einstellung» bzw. «bildgestützte Bestrahlung» (IGRT) bedeutet, dass man im Bestrahlungsraum am bereits positionierten Patienten Röntgen- oder Schnittbilder anfertigt.

Solche Anlagen können im Bestrahlungsraum (Röntgensystem, mobiles CT, Ultraschall) oder als Zusätze direkt an den Bestrahlungsgeräten angebracht sein.

Diese Bildgebung ist von der Bestrahlungsplanung unabhängig und erfordert entsprechende Gerätschaften.

Dadurch lassen sich die Patienten- und die Zielvolumenpositionierung mit den Aufnahmen aus der Bestrahlungsplanung vergleichen. Man kann hierdurch sofort Lagerungskorrekturen des Patienten vornehmen. Beispielsweise kann durch eine CT bei einem Patienten mit Prostatakarzinom die Füllung von Harnblase und Rektum kontrolliert und die daraus resultierende Position der Prostata bestimmt werden.

Durch eine kontinuierliche Erfassung der Patienten- oder Organbewegungen ist es auch möglich, eine Nachjustierung des Strahls während der Bestrahlung selbst vorzunehmen («adaptive Radiotherapie»).

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft:	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch
Redaktion:	Bereich Medizinische Klassifikationen
Reihe:	Statistik der Schweiz
Themenbereich:	14 Gesundheit
Originaltext:	Deutsch
Übersetzung:	Sprachdienste BFS

Copyright:	BFS, Neuchâtel 2018 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

Preis:	Gratis
Download:	www.statistik.ch (gratis)